

# 認知症高齢者の施設入所を決定する要因

## Factors Determining the Admission to Nursing Homes of Elderly People with Dementia

黒 澤 直 子<sup>1)</sup>  
Naoko KUROSAWA

### I. はじめに

厚生労働省は2015年に策定した「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」<sup>1)</sup>のなかで、認知症の人は2012年時点で462万人であり、65歳以上の約7人に1人が認知症とされ、さらに、2025年には700万人に増えるとの推計が背景にあることを示した。「新オレンジプラン」は、2012年に策定された「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」から、認知症の人の推計値の上昇を踏まえ、さらに目標値の引き上げや内容の充実を図ったものである。認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指すことを基本的考え方としている。そのなかで7つの柱が用意されているが、「認知症の人の介護者への支援」「認知症の人やその家族の視点の重視」と2つの項目に、家族介護者にも関わる施策が挙げられている。要介護認定者のうち日常生活自立度Ⅱ以上の認知症高齢者は、介護施設や医療機関よりも居宅で生活している割合が高い<sup>2)</sup>。また、主な介護者と要介護者等との続柄では家族介

護者が7割を超え、家族が介護の多くを担っている状況がある<sup>3)</sup>。在宅介護を行っている家族介護者は、認知症の行動・心理症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia; BPSD）への対応など、介護において様々な困難を抱えながらも介護サービス等を活用し介護を継続しているケースが多い。2015年の介護保険法改正により特別養護老人ホームへの入所は要介護3以上とされ、認知症のみで身体的な介護が必要ないとされる状況の高齢者にとっては、さらに入所が難しい状況となったといえる。在宅で介護を行っている家族介護者への支援の充実は重要な課題である。本研究では、家族介護者の支援においてどのような体制づくりが必要かを検討することを目的とした家族介護者の実態と課題を明らかにするための調査の中から、施設入所に至った要因について分析した結果を報告する。

### II 方法

#### (1) 調査の概要

北海道認知症の人を支える家族の会の協力

1) 北翔大学生涯スポーツ学部健康福祉学科

キーワード：認知症，家族介護者，支援，施設入所

を得て質問紙調査を実施した。調査対象者は、現在または過去に認知症の家族を介護している（いた）人である。家族会支部を通して質問紙を配布し、郵送により回収した。調査期間は、2013年10月～11月であった。550部配布し、回収数341部（62%）であった。

## (2) 倫理的配慮

倫理的配慮として、回答内容から個人が特定されることはないこと、研究以外の目的では使用しないことを書面で説明し、同意を得た場合に返送を依頼した。また、北海道認知症の人を支える家族の会に調査内容の発表に関して同意を得た。

## (3) 基本属性

回収数は341人、有効回答は323人（有効回答率：94.7%）であった。介護者では、性別は女性255人（78.9%）、男性68人（21.1%）であった。年齢は60歳代が120人（37.2%）と最も多く、次いで70歳代が75人（23.2%）、50歳代（20.1%）、80歳以上が30人（9.3%）、40歳代が14人（4.3%）、39歳以下が5人（1.5%）であった。介護年数は3～5年が87人（26.9%）と最も多く、次いで6～9年が82人（25.4%）、10～14年が70人（21.7%）、1～2年が31人（9.6%）、1年未満が18人（5.6%）、15～19年が14人（4.3%）、20～24年、25年以上がそれぞれ7人（2.2%）であった。認知症の人の続柄の主なものは、実母120人（37.2%）、姑69人（21.4%）、夫67人（20.7%）、妻38人（11.8%）、実父36人（11.1%）であった。認知症の人との居住形態では、同居211人（65.3%）、別居61人（18.9%）、近居24人（7.4%）であった。

認知症の人の性別は、女性227人（70.3%）、男性89人（27.6%）であった。年齢は75～79歳が71人（22.0%）と最も多く、次いで80～84歳が68人（21.1%）、85～89歳が52人（16.1%）、70～74歳が45人（13.9%）であった。認知症の診断名は、アルツハイマー型159人（49.2%）、脳血管性72人（22.3%）であった。要介護度の主なものは、要介護5が88人（27.2%）、要介護3が54人（16.7%）、要介護4が52人（16.1%）、要介護2が48人（14.9%）、要介護1が42人（13.0%）であった。サービス利用の主なものは、デイサービス・デイケアが219人（67.8%）、ショートステイが138人（42.7%）、訪問介護が62人（19.2%）であった。

## Ⅲ. 調査結果

### 1. 分析対象者の基本属性

在宅介護から施設入所に至った家族介護者107人を分析対象者とした。女性87人（81.3%）、男性20人（18.7%）、年齢は60代42人（39.3%）、70代26人（24.3%）、50代21人（19.6%）、80代以上12人（11.2%）の順に多かった。続柄では、多い順に娘42人（39.3%）、息子の妻26人（24.3%）、妻21人（19.6%）であった。

### 2. 施設入所の時期と入所施設

分析対象者に、施設入所は在宅介護何年目のときか質問した。多い順に「3年目」18名（16.8%）、「5年目」14名（13.1%）、「1年目」11名（10.3%）、「6年目」「8年目」「10年目」各9名（各8.4%）、「7年目」5名（4.7%）、「12年目」4名（3.7%）、「9年目」「13年目」「14年目」各2名（各1.9%）、「15年目」「20年以上」各1名（各0.9%）であった。

%)となっている。

また、入所施設の種類については、「特別養護老人ホーム」34名(31.8%)、「グループホーム」20名(18.7%)、「病院・診療所」15名(14.0%)、「老人保健施設」14名(13.1%)、「有料老人ホーム」6名(5.6%)、「ケアハウス」4名(3.7%)となっている。「その他」14名(13.1%)には、小規模多機能ホームやデイサービスの泊りサービスが含まれる。また、複数の施設を転々としている場合や福祉施設と病院の行き来を繰り返している場合も「その他」と回答している。

### 3. 内容分析 (表1)

在宅介護から施設入所となったと回答した家族介護者107人の記述データから、施設入所に至った要因を分析した結果、7カテゴリーと23サブカテゴリーが抽出された。なお、【】はカテゴリー、< >はサブカテゴリー、「」は記述データを示す。

#### (1) 【介護者の体調不良】

在宅での介護を行っている家族介護者は、毎日の介護負担のなかで「介護している私が体調を崩してしまいました」というように<体調の悪化>を抱える人も多い。「自分の健康もあちこち悪くなり、自由に通院、検査もできなくなってきた」と、介護のため時間が自由に使えないことで受診も遅れがちになり、「私自身も腰を痛め、歩行が困難に」「体調が悪くなり、耳鳴り、難聴(ストレス)になり限界を感じた」と<病気等の発症>につながることもある。また、<持病の進行>と介護負担の増加が重なったり、「妻が倒れてしまった」「主たる介護者である母が体調を

崩し、急死したため、急遽入所できることとなった」と<体調の急変>により要介護者より先に介護している家族が体調を崩していくことも少なくない。

#### (2) 【要介護者の入院】

在宅介護中に自宅での<転倒による入院><脳梗塞による入院>に至るケースも多く、「転倒、骨折し病院に入院、その後老健施設に入所」「脳梗塞にて右上下肢片麻痺、病院加療3年間。特養入所」のように入院後に状態悪化し、転院や施設入所へ移行する。入院の原因は他に「誤嚥性肺炎で入院、嚥下障害で経管栄養をうける」「発熱し在宅にいらなくなり入院。落ち着いてから特養に入りました」など<病気(脳梗塞以外)を原因とする入院>も多く、高齢であるために様々なリスクがあるといえる。

#### (3) 【行動・心理症状(BPSD)の悪化】

認知症の進行に伴って起こるさまざまなBPSDへの対応が家族介護者の大きな介護負担となっている。特に「1人で外にたびたび出るようになった」という<徘徊>は家族介護者が施設入所を決定する大きな要因となる。認知症の本人にとっては、何らかの理由があり外に出してしまうのではあるが、家族介護者にとっては「徘徊、特に夜探し回る困難さ」と深刻さがうかがえる<夜間の徘徊>や「徘徊で警察署の人やあらゆる方々のお世話になったこと」と近所の人や警察のお世話になることも多い<徘徊による他者の関与>が、施設入所を決定する要因となることがわかる。また、<排泄(失禁等)><暴力>といった家のなかで起こる家族介護者にしかわ

表1 施設入所に至った要因

カテゴリー	サブカテゴリー	記述データ
介護者の体調不良	体調の悪化	<ul style="list-style-type: none"> <li>私の体調も少しずつ崩れてきたため</li> <li>私の体調も悪くなり始め、列車で通うのが無理と判断し施設を探しました</li> <li>介護している私が体調を崩してしまいました</li> <li>自分の健康もあちこち悪くなり、自由に通院、検査もできなくなってきた</li> </ul>
	病気等の発症	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護者の体力の限界、病気の進行</li> <li>介護者が腰痛と手のしびれで通院</li> <li>頭がぼーっとしている状態が続く、大腸の憩室炎を繰り返す等体調がすぐれなかった</li> <li>私の体調不良によります。心臓病になりました</li> <li>体調が悪くなり、耳鳴り、難聴（ストレス）になり限界を感じた</li> <li>私も腰が痛く、狭窄症、ヘルニア、すべり症で、手術をしたほうがよいと言われました</li> <li>私自身も腰を痛め、歩行が困難に</li> </ul>
	持病の進行	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護している私に持病があり、遠方まで通院しています</li> <li>自分自身も体がわるいので、家では大変なので預けました</li> </ul>
	体調の急変	<ul style="list-style-type: none"> <li>家族の病気をきっかけに相談し、割と早い段階で入所できました</li> <li>父が母の介護をしていましたが、父が庭で倒れた</li> <li>妻が倒れてしまった</li> <li>介護している私が入院することになったのがきっかけでした</li> <li>主たる介護者である母が体調を崩し、急死したため、急慮入所できることとなった</li> </ul>
要介護者の入院	転倒による入院	<ul style="list-style-type: none"> <li>転倒、骨折し病院に入院、その後老健施設に入所</li> <li>在宅介護中に転倒、大腿骨骨折により入院、退院時に入所を選択しました</li> </ul>
	脳梗塞による入院	<ul style="list-style-type: none"> <li>脳梗塞になり、その後全介助となり、在宅では無理となり、介護病棟のお世話になっています</li> <li>脳梗塞にて右上下肢片麻痺、病院加療3年間。特養入所</li> <li>脳梗塞になり、自宅では無理になりました</li> <li>脳梗塞で入院</li> <li>脳梗塞と骨折で自宅で介護できなくなった</li> </ul>
	病気（脳梗塞以外）を原因とする入院	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅中に転倒し、頭を打ち、慢性硬膜下血腫のため即日入院。手術後、転院し、老健入所となった</li> <li>発熱とともに歩けなくなり、介護病棟のある病院に入院。1年後に併設の特養に入所</li> <li>発熱し、在宅にいられなくなり入院。落ち着いてから特養に入りました</li> <li>誤嚥性肺炎で入院。嚥下障害で経管栄養をうける</li> <li>誤嚥性肺炎で入院になりました。現在は胃瘻です</li> <li>インフルエンザにかかり、食事・水分がとれなくなり入院、歩行困難となり、グループホームに入居しました</li> </ul>
行動・心理症状（BPSD）の悪化	徘徊	<ul style="list-style-type: none"> <li>歩こうとするので、常に目を離せなくなり、疲れ果てて、施設入所しました</li> <li>1人で外にたびたび出るようになった</li> <li>家から出て行ったら、帰ってくるのができなくなった</li> </ul>
	夜間の徘徊	<ul style="list-style-type: none"> <li>興奮で夜眠らなくなり、徘徊も出た</li> <li>夜中の徘徊もあり、新設の施設に申請、入居となった</li> <li>夜間に幻覚症状が出て、外を歩き回り</li> <li>徘徊、特に夜探し回る困難さ</li> </ul>
	徘徊による他者の関与	<ul style="list-style-type: none"> <li>夜中に出ていき、近所の人に連れてきてもらった</li> <li>徘徊で警察署の人やあらゆる方々のお世話になったこと</li> <li>徘徊が始まり、駐在所のお世話になったときからです</li> </ul>
	排泄（失禁等）	<ul style="list-style-type: none"> <li>自分で排泄動作ができなくなり、失禁のため、日に何度も交換が必要だった</li> <li>症状の進行で失禁（尿・便ともに）が多くなり</li> <li>失禁するようになり、汚れたパンツを部屋の隅に隠したり、ゴミ箱に捨てるようになった</li> <li>排泄場所の問題（認知症の進行でどこにでもするようになった）</li> <li>便を粗相しても自分で処理しようとするので、壁や床につけてしまい、後始末が大変になった</li> </ul>
	暴力	<ul style="list-style-type: none"> <li>わけもなく急に暴力をふるう</li> <li>同居家族への暴力</li> <li>正常を欠く言動、乱暴</li> </ul>

介護者の精神的 ストレスや不安	精神的なストレス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護4年目で精神的に疲れ果てた</li> <li>・私の精神状態が持たなくなった</li> <li>・反省と罵声の繰り返しで、私自身おかしくなりそうでした</li> <li>・朝昼夜の病院通いと義母の世話をしているうちに、自分の精神状態がかなり悪かった</li> <li>・夜中の大量の便失禁にさすがに頭に来ている自分が大嫌いになりました。娘の家だからヘルパーも使えなく、デイサービスやショートステイの利用をして心の安定をはかった</li> </ul>
	虐待の不安	<ul style="list-style-type: none"> <li>・いつ義父に手をあげるのではと思った</li> <li>・何か夫が失敗するたびに罵声を浴びせかけていました</li> <li>・夜幾度も起こされて眠れないのに、本人は昼いびきをかいて眠っているのを見たとき、顔にバスタオルでもかけてやろうかと思った</li> </ul>
介護形態による 負担	老老介護	<ul style="list-style-type: none"> <li>・主介護者は妻。妻は80歳と高齢で介護負担が大きく、本人を介護することができなくなった</li> <li>・老老介護のため、妻の入院により、老健施設に入所</li> <li>・老老介護なので、私一人で面倒みれないので施設の方々のおかげとっております</li> </ul>
	複数介護	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症は母だけだが、高齢の父もみており、年々2人ともお世話しなければならぬことが多くなり、体力的・心理的にきつくなってきた</li> <li>・主人と実母が要介護5となり、デイケアとショートステイを使っていましたが、もう限界と思い、施設にお願いしました</li> <li>・実母と伯母の両方をみているうちにダウンしてしまいました</li> <li>・義母と母が認知症、父が歩けなくなり、私が一人で3人をみていた</li> <li>・認知症の義父と高齢な実父（88歳）の2人の父と同居することはできなく、施設を考えました</li> </ul>
	一人暮らし	<ul style="list-style-type: none"> <li>・何度も鍋を焦がし、火の始末ができない。一人で家に置いておくことができず入所しました</li> <li>・独居の生活が困難になったため</li> <li>・一人暮らしになり、認知症が進み、一人では生活できなくなった</li> </ul>
第三者からの勧め	ケアマネジャー からの勧め	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネさんからお誘いを受けました</li> <li>・ケアマネジャーさんや施設の方々の温かい指導もあり入所することになりました</li> <li>・ケアマネが私のほうを少し休ませなくては事故が起きてしまうと入所の手続きをしてくれました</li> <li>・ケアマネジャーに相談し、ホーム入所を勧められた</li> <li>・ケアマネジャーの強い勧め</li> <li>・ケアマネジャーに相談し、母が安定して暮らせる場所を定めたほうが良いのではと助言を頂き、入所に至りました</li> <li>・ケアマネジャーから新設の施設の申込勧められる</li> </ul>
	専門職（ケアマネ ジャー以外）から の勧め	<ul style="list-style-type: none"> <li>・かかりつけ医の助言でグループホーム・特養を考えていくつか見学して、特養に入所しました</li> <li>・病院の看護師さんに以前のように独居で暮らすのは難しいのではと言われてきました</li> <li>・ある医師と出会い、状況を話すと「もう自宅での介護は限界ですよ」と言われた</li> <li>・訪問ヘルパーさんに勧められて</li> <li>・デイサービスに通っていましたが、職員の方に一度専門の病院で診察をと言われ、入院に至りました</li> <li>・保健師さんに勧められて</li> </ul>
	家族からの勧め	<ul style="list-style-type: none"> <li>・夫や子どもの勧めもあり</li> <li>・息子に病気のだから病院にお願いしたほうがよいと勧められ</li> </ul>
介護者や周囲の 状況	家庭崩壊の危機	<ul style="list-style-type: none"> <li>・夫とケンカが絶えなくなり、家庭崩壊の危機を感じた</li> <li>・なによりも家族が不機嫌になり、家族関係がぎくしゃくしてきました</li> <li>・同居以来生じ始めた家庭内不和（夫・姉・私）が極度に深刻化したためです</li> </ul>
	介護者の仕事	<ul style="list-style-type: none"> <li>・私も50歳で働かなければならず、入所先を探した</li> <li>・主たる介護者である私が非常勤で勤めており、夕方帰宅すると台所のガスが付きっぱなしで家中が煙だらけになっていた</li> <li>・主人が病気で無職でしたので、私が働かなくてはならなくなり、家で介護が難しくなった</li> <li>・在宅介護はパートに出ている私一人では難しいと考え、特養に入れてもらった</li> <li>・仕事に行っているのに、日中一人にしておけなかった</li> <li>・仕事をしていたので、一人にしておけないので</li> </ul>
	近所からの苦情	<ul style="list-style-type: none"> <li>・隣近所から夜間の苦情が多発してやむを得ず入院させた</li> <li>・近所の口がうるさくなった</li> </ul>



からない苦労やその対処の困難さが在宅介護継続を断念する要因となっている。

#### (4) 【介護者の精神的なストレスや不安】

さまざまなBPSDへの対応は家族介護者を精神的にも追い詰める。「夜中の大量の便秘にさすがに頭に来ている自分が大嫌いになりました。娘の家だからヘルパーも使えなく、デイやショートを利用して心の安定をはかった」と、介護保険サービスだけでは補えない<精神的なストレス>を抱えた状態に陥っている家族介護者の姿がみえる。また、「いつ義父に手をあげるのではと思った」「夜幾度も起こされて眠れないのに、本人は昼いびきをかいて眠っているのを見たとき、バスタオルでもかけてやろうかと思った」と介護による疲労の蓄積は<虐待への不安>という深刻な事態につながる。

#### (5) 【介護形態による負担】

家族介護者の介護形態にもさまざまな形があり、<老老介護>で介護負担が重くなった、認知症高齢者が<一人暮らし>で別居により介護を行っている場合は「何度も鍋を焦がし、火の始末ができない。一人で家に置いておくことができず入所しました」と一人暮らしが難しくなる要因が出てきたことがきっかけとなる。また、「主人と実母が要介護5となり、デイケアとショートを使っていたが、もう限界と思い施設にお願いしました」「義母と母が認知症、父が歩けなくなり、私が一人で3人をみていた」と一人の家族介護者が重度の人や3人の要介護者を同時に在宅でみている<複数介護>も少なくない。

#### (6) 【第三者からの勧め】

施設入所の決断には<ケアマネジャーからの勧め><専門職（ケアマネジャー以外）からの勧め>がきっかけとなることも多い。「ケアマネジャーの強い勧め」「ケアマネが私のほうを少し休ませなくては事故が起きてしまうと入所手続きしてくれた」と背景にある深刻な状況がうかがえる記述もある。「かかりつけ医の助言でグループホーム・特養を考えていくつか見学して、特養に入所しました」「訪問ヘルパーさんに勧められて」と家族介護者の状況もよく知る専門職が助言することもある。また、主たる介護者以外の<家族からの勧め>も施設入所に踏み切るための言葉となる。

#### (7) 【介護者や周囲の状況】

介護負担が増えるなかで「夫とケンカが絶えなくなり、家庭崩壊の危機を感じた」「なによりも家族が不機嫌になり、家族関係がぎくしゃくしてきました」と同居している他の家族との関係といった<家庭崩壊の危機>や、「隣近所から夜間の苦情が多発してやむを得ず入院させた」などの<近所からの苦情>を回避するために、施設入所を決定する場合もある。また、「私も50歳で働かなければならず、入所先を探した」「仕事に行っているので、日中一人にしておけなかった」などのように<介護者の仕事>と在宅での認知症高齢者の介護を両立させることは難しい。

## IV. 考察

分析対象者107人のなかで5年以上の在宅介護をしていた人が半数以上、そのうち3割

超が10年以上となっている。このように長期の在宅介護経験者が大半であることを考えると、分析結果は認知症の在宅介護が限界に達するときを現しているともいえる。

認知症はその進行に伴って様々なBPSDが出現するため、身体的な介護だけでなく、常に目が離せない、介護者も精神的に追い詰められるという状況も起こりやすい。それが身体的症状として現れるのが【介護者の体調不良】である。家族介護者が体調を崩しても通院する時間も取れず、悪化させてしまい限界に達したときに要介護者の入所につながるのだろう。また、【介護者の精神的なストレスや不安】としても表出される。家族介護者が一人で介護を行っている場合や複数の要介護者がいる場合は特に深刻な事態に陥りやすい。しかし、在宅介護のどの時点が限界なのか、家族介護者一人で施設入所の決断することは難しい。家族介護者の介護負担による深刻な状況を察知する【第三者からの勧め】が重要となることがある。身近な専門職だからこそ、その時期を見極め、助言できるといえる。特にケアマネジャーからの勧めが多いのは、デイサービスやショートステイなどの介護保険サービスを使いながら在宅介護を続けている家族介護者が多いことを示す。その相談の過程で、ケアマネジャーが家族介護者の状況をしっかりと把握していることが重要であることがわかる。

施設入所の決定は【介護者や周囲の状況】によっても起こる。主な家族介護者の介護負担による身体的・精神的状態や、介護に多くの時間が取られること、いつも要介護者を気にしていなければいけないことが他の同居家族の生活にも影響する。認知症の実母か、自

分の夫や子どもを含めた家庭生活か、どちらを選ぶかで悩む家族介護者もいる。また、BPSDによる夜間の徘徊や大声などから近隣との関係が悪くなり、やむを得ず在宅での介護を断念することもある。介護者の仕事と介護の両立も難しいことがわかる。厚生労働省は、介護休業などの制度の見直しにより、介護と仕事の両立支援を進めるとしているが<sup>4)</sup>、認知症の人のBPSDへの対応を考えると介護サービスの充実と組み合わせなければ在宅での生活は難しい。

【行動・心理症状（BPSD）の悪化】では、特に徘徊・排泄・暴力が家族介護者の介護負担に重くのしかかる。ここから【介護者の体調不良】や【介護者の精神的なストレスや不安】につながるケースが多い。【要介護者の入院】は在宅介護を終了するきっかけとなる。介護病棟にそのまま入院を継続したり、退院時に施設入所を選択することができる。

少子高齢社会を反映しているのが【介護形態による負担】である。高齢や一人の介護者に負担が偏らないように、地域社会のなかで見守り支援する仕組みを作っていくことが必要とされている。

## V. おわりに

本研究では、認知症高齢者の施設入所に至った要因が明らかとなり、在宅介護が限界に達する状況について検討することができた。分析のなかでは困難な状況ばかりを取り上げることとなったが、施設入所に至った要因について質問した自由記述のなかには、入所後の心境についての記述も複数みられた。「私一人の時間もでき、とても充実しています」

「私も仕事を持っているので大助かりでした」「現在は母も私たち家族も穏やかに暮らしています」と施設入所により心穏やかに暮らしている家族もいる。しかし一方で、「できれば家でみてあげたかったと今は思います」「私が大切にしてきた宝物を他人に預けるのと同じなので不安ばかり。本当ならもっと介護したかった」「私のそばでお世話をしてあげられないのが申し訳なく思う毎日です」と在宅で介護が継続できる条件さえ整えば、在宅介護を続けたかったという家族の声もある。

認知症高齢者の長期在宅療養を支えるための条件として宮原他<sup>5)</sup>は、介護者の確保、介護者の介護知識や技術の向上、中重度認知症に対応する通所介護・リハビリテーション、ショートステイ、訪問看護などのサービスの積極的な利用、在宅支援に熱心な主治医やケアマネジャーの存在、地域連携パスの整備が必要としている。自由記述では、「他の利用者とのトラブルにより」デイサービスの利用ができなくなったり、認知症の進行に対応できない「ショートステイ先から利用を断られて途方に暮れた」との記述もみられた。中重度の認知症に対応していないサービスもまだまだ多いことがうかがえる。また、身近な専門職の言葉が家族介護者にとっては重く響いていることも【第三者からの勧め】から明らかであるが、専門職連携に関しては、地域の諸機関と有効な連携が行われているものの、医師や医療機関との関係については認知症高齢者の在宅生活を可能にするほど十分ではないとも指摘されている<sup>6)</sup>。家族介護者からは「在宅での介護に一番の願いは、主たる介護者が急病または身内に何らかの事態が起きたとき、すぐにショートステイで受け入れても

らえるところがほしい。これが確実にできれば在宅介護は大部分可能になる」との記述もあった。すべての条件が整うことが理想だが、このような最低限の支援体制の構築が急務である。

今後は、在宅介護を継続するか施設入所を選択するか、というどちらかではなく、認知症の人本人や家族介護者の状況に合わせてどちらも選択できる支援体制を整えることが望まれる。認知症の人本人も家族介護者も納得できる環境で暮らせる支援のあり方を検討していくことが必要である。

## 謝辞

今回の調査にあたりご協力いただいた北海道認知症の人を支える家族の会会員および事務局の皆様にご心から感謝申し上げます。

## 付記

本研究は、JSPS 科研費 25870655 の助成を受けて実施した。

## 引用文献

- 1) 厚生労働省：「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～（新オレンジプラン）」について  
<<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000072246.html>>
- 2) 厚生労働省：「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について  
<<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002iaul-att/2r9852000002iavi>>



pdf>

- 3) 厚生労働省：平成25年度国民生活基礎調査

<<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/20-21.html>>

- 4) 厚生労働省：育児・介護休業制度等の見直しに関する検討項目（案）に係る参考資料集

<[http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12602000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Roudouseisakutantou/0000099494.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12602000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Roudouseisakutantou/0000099494.pdf)>

- 5) 宮原伸二・山下幸恵・塚原貴子：認知症高齢者の長期在宅療養を可能にする条件, 日本農村医学会雑誌60 (4),p507-515, 2011

- 6) 北村育子・他：認知症高齢者の在宅生活継続を可能にする地域包括支援センターを中心とする専門職連携の有効性に関する一考察, 日本福祉大学社会福祉論集, 第130号 ,p191-207, 2014.